

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ARTRODESIS SÉPTICA ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El doctor/a me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a TRATAMIENTO QUIRÚRGICO de la articulación infectada y enferma de.....qué tras un periodo prolongado de tratamiento no se ha conseguido controlar el dolor, ni la infección, y que en cuyo procedimiento incluye:

1. Retirada de material y la limpieza del foco (eliminación de la fibrosis y de la fístula).
2. La cruentación de los extremos óseos (retirada de tejidos desvitalizados y sépticos).
3. Reducción y estabilización del foco, mediante dispositivos externos.
4. En ocasiones, aporte de injerto óseo.

La intervención precisa de anestesia que será valorada por el servicio de anestesiología, indicando el método mas adecuado en su caso. Habitualmente requiere un ingreso hospitalario de 48-72h en función de la técnica, tiempo empleado durante la cirugía y del germen contaminante. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito principal consiste en conseguir la fusión ósea de la articulación enferma, así como el control del proceso séptico, para obtener un alivio del dolor y consecuentemente mejorar la calidad de vida a costa de eliminar el movimiento de dicha articulación.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

1. El doctor/a me ha informado de que las posibles alternativas son:
2. La no realización de la intervención quirúrgica.
3. Continuar con tratamiento médico y ortopédico.
4. Continuar con tratamiento de fisioterapia, etc. sin predecir cual será su resultado final.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La fusión ósea de la articulación enferma, con la consiguiente mejoría del dolor y de su actividad diaria, pero también aparecería con el tiempo una artrosis en las articulaciones vecinas por transferencia de carga no adecuada en dichas articulaciones.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Persistencia del dolor, deformidad, embolias sépticas, osteomielitis crónica, atrofia muscular y ósea, artrosis articular y artrosis de las articulaciones vecinas por transferencia de carga no adecuada en dichas articulaciones.

RIESGOS FRECUENTES

1. Infección de la herida quirúrgica.
2. Lesión vascular (hematoma).
3. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar temporalmente o definitivamente trastornos sensitivos o motores.

4. Rotura o estallido del hueso, que se manipula durante la intervención.
5. Rigidez o limitación funcional articular.
6. Dolor residual, distrofia simpático refleja ó distrofia de Südeck.
7. Acortamiento o defectos de rotación del miembro intervenido.
8. Transfusión de sangre.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Síndrome compartimental.
2. Embolia grasa.
3. Flebitis, tromboflebitis o trombosis venosas profundas que pudiera dar lugar a la enfermedad tromboembólica, con embolismo pulmonar y muerte.
4. Osteomielitis crónica.
5. Aflojamiento o rotura del material implantado.
6. Fracaso de la fusión ósea y del control séptico, que puede requerir intervenciones adicionales, cada vez más complejas y con mayores tasas de complicaciones y menores posibilidades de éxito. En última instancia la artrodesis puede definitivamente no conseguirse lo que podría hacer necesario el uso de dispositivos ortopédicos de forma permanente con fines paliativos por parte del paciente.
7. Complicaciones en la zona dadora del injerto óseo, tales como lesiones vasculares, nerviosas, hematomas, infecciones y fracturas óseas.
8. Necrosis cutánea, que requiera cobertura cutánea por el Servicio de Cirugía Plástica.
9. Embolia séptica. Septicemia. Fracaso multiorgánico y fallecimiento.
10. Amputación.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implicadas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrán requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Por mi situación actual el médico me ha explicado que por presentar..... pueden aumentar riesgos o complicaciones como:.....

CONTRAINDICACIONES

1. Alteraciones graves del estado general del paciente.
2. Edad avanzada.
3. Mala calidad cutánea, vascular, con alto riesgo de amputación.

PACIENTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA